FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964 1965 THESE N° 15

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis, Hervé HAREL

Né le 23 Septembre 1931, à SAIGON

Présentée et soutenue publiquement le 1965

A PROPOS DE DEUX CAS D'APLASIE CONGENITALE DE VAGIN TRAITES PAR PLASTIE SIGMOIDIENNE

Président : Monsieur J. HUGUIER (Professeur)

D. P. TAIB
8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI
1964

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534911_0044

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1964 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Louis, Hervé HAREL

Né le 23 septembre 1931 à SAIGON

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

A PROPOS DE DEUX CAS D'APLASIE CONGENITALE DE VAGIN TRAITES PAR PLASTIE SIGMOIDIENNE

-:-

Président : Monsieur J. HUGUIER (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1964

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK
- LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET(L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER(G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), MOUQUIN (M), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),VERNE (J).

DOYEN ..... M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR ..... M. BARGETON (D)
2e ASSESSEUR ..... M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°-CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér.et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)

MM.

Pathologie exotique	N...
Pathologie exp. et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Path. et Thér. générale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	PARROT (J) BARGETON (D)
Phys. et Path. obstétricale	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chir. exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale		REDON (H)
Clinique cardiologique		SOULIE (P)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de Chir.inf. et orth.		FEVRE (M)
Clin. chir. orth. et traumatol.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin. de chir. cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
Clin. de Chir. pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique		DECOURT (J)
Clinique de Génétique Médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)

		MM.
Clin. des mal. cut. et syphil.		DEGOS (R)
Clin. des mal. des enfants		TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clin. des mal. ment. et de l'encéph.		DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clin. des mal. du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Broussais	LENEGRE (J)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Sainte-Anne	BOUDIN (G)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clin. d'hydrologie et climatologie		DEBRAY (Ch)
Clin. méd. inf. de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique		JUSTIN-BESANÇON (L)
Clin. méd.-Soc. du diabète sucré et des maladies de la nutrition		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID (M)
Clinique neurologique		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	Hôtel-Dieu	RENARD (G)
	Cochin	OFFRET (G)
Clin. oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clin. de péd. et de puériculture		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clin. de neuro-psychiatrie infantile		MICHAUX (L)
Clin. de rhumat. méd. et soc.		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M)
Clinique urologique		ABOULKER (P)
Clinique traumatologique		PADOVANI (F)
Séméiologie médicale		DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orth.		JUDET (R)
Clinique urologique		COUVELAIRE (R)
Hygiène et clin. de la lère enfance		N...

b) Professeurs à titre personnel

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)

	MM.
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) LAMBLING (A) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H) PERRAULT (M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) GILLOT (C) HUREAU (J)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr. s. ch. ABELANET (R) CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) DAGUET (G) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU (Et) m. conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) pr. s. ch. CORNILLOT (P) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P) JEROME (H) KRUH (J) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J)

	MM.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN(P) HARTMANN (L)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B) HEWITT (J) TOURAINE (R)
Electro-Radiologie	HEITZ (F) M. Conf. LEDOUX-LEBARD(G)
Embryologie	ROUX (Ch)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER(G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R) Pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M) RACADOT (J) SCHRAMM (B)
Hydrologie	BESANÇON (F) CORNET (A)
Hygiène	BLANCHER (G) CORRE-HURST(Mme L) ROUSSEL (A) SAPIN-JALOUSTRE(H)
Maladies infectieuses	DUPONT (V) LISSAC (J) RAPIN (M)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B) CROSNIER (J) RICHET (G) SEBAOUN (J)

	MM.
Médecine légale	BOURGUIGNON (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J) CATHALA (H) ESCOUROLLE (R) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J) LEREBOULLET (J) PICHOT (P) TARDIEU (G)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) LEWIN (D) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) TCHOBROUTSKY(Mme C) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B) BREGEAT (P) DUBOIS (A) FONTAINE (Mme M) SARAUX (H)
Orthopédie	DUPARC (J) MAURER (P) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J) PIALOUX (P) SERGENT (H)
Parasitologie	GOLVAN (Y) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.-P.)
	BLONDEAU (Ph)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.-L.)
	DAUTRY (P)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GALEY (J.-J.)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	GAUDART-D'ALLAINES
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LOYGUE (J)
	MAILLARD (J.-N.)
	MERCADIER (M)
	NATALI (J)
	PELLERIN (D)
	PERROTIN (J)
	PREMONT (M)
	ROBERT (H)
	THOMERET (G)
	VAYSSE (J)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P)
	COTTENOT (Fr)
	LOEPER (J)
	Pr. s. ch.
	MAURICE (J)
	MIKOL (Cl)
	PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J)
	AUQUIER (L)
	AUSSANNAIRE (M)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CANIVET (J)
	CARLOTTI (J)
	CATINAT (J)

	MM.
Pathologie médicale	CHRETIEN (J)
	CLOAREC (M)
	COBLENTZ (B)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	DEBRAY (J)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J)
	FRITEL (D)
	FUNCK-BRENTANO(J-L)
	GRIVAUX (M)
	HAZARD (J)
	HENNEQUET (A)
	HIMBERT (J)
	HOUSSET (E)
	LAGRUE (G)
	LESOBRE (R)
	LEVEQUE (B)
	MACREZ (C)
	MOREAU (L)
	NENNA (A)
	NICK (J)
	POULET (J)
	ROYER (P)
	TCHERDAKOFF (Ph)
	THIBAULT (Ph)
	TOURNEUR (R)
	VILLIAUMEY (J)
	WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D)
	ALISON (J)
	CANLORBE (P)
	GORIN (R)
	LAFOURCADE (J)
	LEPERCQ (G)
	LESTRADET (H)
	MALLET (R)
	MINKOWSKY (A)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	REY (J)
	RIBIERRE (M)
	ROSSIER (A)
	VIALATTE (J)
	MANDE (R)
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)

	MM.
Physiologie	BARRES (G) DURAND (J) GIRARD (Fr) HUGELIN (A) LAURENT (D) SCHERRER (J) Pr. s. ch. VASSEUR (B)
Physique médicale	CHANTEUR (J) COURSAGET (J) GREMY (F) M.conf. MILHAUD (G) PAGES (J.-Cl.) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.C) Pr. s. ch. TUBIANA (M) M.conf.
Pneumo-phtisiologie	DECROIX (G) ISRAEL (L) MEYER (A) RENAULT (P) SORS (Ch)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H)
Radiologie médicale	DUBOST (J) LEFEBVRE (J) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P)
Stomatologie	CAUHEPE (J) CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) M. c. agr. CREPY (Cl) FLEURY (R) GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) FOUET (P) LABET (R) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) MORIN (P)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P)
Clin. péd. et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A)
Conservateurs Melles	DUMAITRE (P) LE NOIR (G) QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlle LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Chers Parents

En témoignage de mon affection

A ma Femme

Avec toute ma tendresse

A mes Frères et Soeur

A toute ma Famille

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur J. HUGUIER

Professeur de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
(Broca)
Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de notre
thèse

En hommage de respectueuse
reconnaissance

A Monsieur le Docteur Julien BRETECHE

In memoriam

A Monsieur le Docteur Pierre BRETECHE

En remerciement de
l'aide qu'il nous
a apportée dans
l'élaboration de ce
travail, et de ses
conseils

Bien amicalement

A Monsieur le Docteur Claude GUILMET

En témoignage de
reconnaissance

A PROPOS DE DEUX CAS D'APLASIE CONGENITALE DE VAGIN TRAITES PAR PLASTIE SIGMOIDIENNE

-:-:-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-

Par aplasie congénitale du vagin, nous considérons une malformation FEMININE à l'exclusion des malformations des pseudo-hermaphrodismes (type testicules féminisants).

Ces aplasies concernent des sujets génétiquement et gonadiquement femelles présentant des ovaires et un fonctionnement hormonal normal. Il y a eu un arrêt à un des stades du développement embryologique jusqu'alors normal.

On sait depuis longtemps que l'A.C.V. (absence congénitale de vagin) est rarement une anomalie isolée et s'accompagne presque toujours d'astrésie plus ou moins marquée des éléments dérivant du tractus müllerien, à savoir l'utérus et les trompes.

90 p.cent des A.C.V. rentrent dans le cadre du syndrome décrit par ROKITANSKY-KUSTER, associant à l'atrésie vaginale, une duplicité utérine sous forme de deux bourgeons pleins représentant des cornes utérines rudimentaires appendues à des trompes normales ou avec des ovaires normaux.

1 p.cent des A.C.V. sont des aplasies simples avec utérus et ovaires normaux.

Le reste constitue des aplasies avec absence d'utérus ou utérus non fonctionnel, chez des

sujets sans fonction ovarienne. Ce sont très souvent des testicules féminisants ; ce groupe n'entrant pas dans le cadre de notre propos.

D'après les statistiques de COUNSELLER, MOTA, GIRARD, STEVENS, le chiffre avancé pour la fréquence absolue de l'A.C.V. se trouverait entre 1/2000e et 1/4000e des femmes prises au hasard. C'est donc une affection que l'on rencontre avec une certaine fréquence si l'on imagine en outre que toutes les femmes ne sont pas examinées - les unes résignées, dissimulant leur disgrâce, les autres, beaucoup plus rares actuellement, ignorant leur malformation - on peut ajouter que cette fréquence est sous-estimée.

La première observation d'A.C.V. aurait été rapportée, d'après BURRAGE, par REALDUS-COLOMBUS en 1752.

DEHAEN, le premier, en 1761 aurait tenté de drainer une hématométrie.

Mais les promoteurs des méthodes chirurgicales actuelles sont :

- DUPUYTREN qui, en 1817, crée par décollement une cavité intervésico-rectale, mais la malade meurt d'infection.

- AMUSSAT en 1832 obtient le premier résultat en opérant, non par dissection sanglante, mais par dépression et tiraillements avec des instruments mousse. Méthode très simple remise à jour récemment.

L'avènement de l'asepsie fait apparaître, à partir de 1890 de nombreuses techniques s'adressant à des greffes et plasties diverses, mais ne

suffisent pas à supprimer la gravité des interventions.

Actuellement, le nombre de cas publiés est considérable et Monsieur le Professeur CORDIER l'estimait déjà en 1950 supérieur à 10.000.

La tendance chirurgicale actuelle est au simple clivage.

Nous en avons vu deux cas pour lesquels une plastie sigmoïdienne a été pratiquée et notre propos est de tenter de réhabiliter ces greffes viscérales faites à partir du sigmoïde.

Après un rappel embryologique, anatomique et clinique, nous étudierons les différentes techniques chirurgicales et exprimeront les raisons de notre préférence pour la plastie sigmoïdienne.

-:-

RAPPEL DE L'EMBRYOLOGIE DU VAGIN

-:-

L'examen des coupes sériées d'embryon donne lieu, suivant les auteurs, à différentes interprétations des masses cellulaires observées.

Les embryologistes décrivent cependant de façon semblable, sur les coupes vertico-frontales des embryons de 28 à 32 mm, quatre canaux dont les extrémités distales sont en rapport avec la paroi dorsale du sinus uro-génital dérivé du cloisonnement du cloaque.

Ces quatre canaux représentent les voies vectrices des gonades au stade d'indifférence sexuelle.

Les deux conduits médians sont les canaux de Müller qui se terminent au niveau de la paroi dorsale du sinus, à sa partie moyenne renflée, appelée colline de Müller.

En dehors d'eux, et de chaque côté de la ligne médiane également, se trouvent les canaux de Wolf qui rejoignent eux aussi le sinus uro-génital, mais à ses bords latéraux.

Ces quatre canaux qui ont progressé vers la région du cloaque et se sont canalisés en même temps de haut en bas, gardent leurs extrémités distales aveugles. Celle des canaux de Müller est séparée de la colline de Müller par une couche de mésenchyme, alors que celle des canaux de Wolf est en contact plus in-

time avec les cellules de la paroi du sinus.

L'évolution embryologique de la région va aboutir dans le sexe féminin à la régression des canaux de Wolf et à la formation d'une colonne cellulaire pleine entre le sinus et l'extrémité des canaux de Müller. Ces derniers ont gardé leur partie supérieure libre et ouverte dans le coelome pour constituer de haut en bas les pavillons, les trompes, les cornes utérines et l'utérus. En bas, la colonne cellulaire pleine va donner naissance au vagin par tubulation à partir du stade 200 mm.

C'est l'origine de cette colonne pleine qui a été attribuée différemment :

- pour les uns à la partie terminale du tractus müllérien lui-même ; elle en représenterait la partie terminale non encore canalisée ;

- pour les autres (BERRY HART) ce serait la jonction des villosités wolfiennes avec l'épithélium des canaux de Müller qui donnerait une origine mixte wolfienne et müllerienne au vagin.

- Enfin, MEYER et VILAS constatent également que les canaux de Müller ne s'ouvrent jamais dans le sinus, mais que la colonne cellulaire a une origine essentiellement sinusale et progresse en direction craniale, entre les extrémités caudales des canaux de Wolf, jusqu'aux canaux de Müller en régression caudo-céphaliques. L'isthme utérin se trouverait à la jonction de la zone müllérienne et de la colonne sinusale.

L'hypertrophie de l'épithélium wolfien coïncidant avec le début de la constitution de la colonne sinusale, laisse supposer que les canaux de Wolf gardent un rôle dans cette formation.

En conclusion, l'origine sinusale du vagin et peut-être même du col utérin, semble avoir été établie, mais la croissance de la zone sinusale en colonne épithéliale paraît induite par les canaux de Wolf et surtout de Müller ; et nous retiendrons les conclusions que donne Y. MALINAS dans son interprétation de l'absence congénitale de vagin :

"Si pour une raison quelconque ces canaux ne se développent pas, ou s'atrophient rapidement, les possibilités autonomes du sinus se limiteront à un diverticule minime et les lésions associées à l'absence congénitale de vagin, seront l'absence d'utérus et l'atrophie tubaire plus ou moins totale.

"Si par suite d'une erreur de direction, les canaux entrent en rapport avec un autre point de la paroi dorsale du sinus, l'atrésie vaginale sera identique, mais les canaux de Müller s'étant développés correctement, l'utérus dépourvu de col, peut s'ouvrir dans la vessie".

Si l'on admet seulement l'origine müllérienne du vagin, c'est un arrêt du développement qui rendra compte de l'atrésie, au moment où, vers le deuxième mois, les trompes se trouvent être déjà canaliculées, que le début des cornes utérines n'est encore qu'à l'état de bourgeons pleins et que toute la partie sous-jacente destinée à former le corps utérin et le vagin reste aplasique. Cette explication rend parfaitement compte du syndrome de Rokitansky-Kuster, sans toutefois en donner la cause qui reste inconnue.

Théoriquement, cette cause peut être d'origine embryopathique ou génétique. P. MULLER a

mis en évidence dans deux cas d'absence congénitale de vagin certaines anomalies de la chromatine sexuelle et penche pour la dernière éventualité.

-:-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On distingue :

A - L'absence totale de vagin

1°- Aplasie totale du vagin, intéressant également les formations müllériennes hautes :

Le vestibule est normal, avec un hymen et un récessus sus-hyménéal. Mais le tractus müllérien est atteint à des degrés variables de bas en haut : atrophie du corps utérin plus que des cornes utérines, elles-mêmes plus que des trompes.

C'est en 1958 que HAUSER de Bâle publia une première série de cas, se caractérisant tous par une absence congénitale de vagin et un état génital intra-abdominal identique comportant : des ovaires et des trompes normaux, et un utérus réduit à deux petites cornes utérines rudimentaires, non perméables. Il désigna cette aplasie partielle des voies génitales féminines par le nom de "syndrome de Meyer-Rokitansky-Kuster" auquel on ajoute maintenant son nom.

2°- Beaucoup moins fréquemment, existe en plus des ovaires et des trompes, un corps utérin avec endomètre aboutissant à la puberté à une hématométrie.

B - l'absence partielle de vagin

Elle se rencontre lorsque c'est la partie inférieure seule qui est atrésiée. L'utérus, pourvu d'un col, s'ouvre dans un bas-fonds vaginal aveugle et entraîne à la puberté la constitution d'un hématocolpos dont le drainage par le bas nécessite un clivage haut poussé.

Enfin, on peut rencontrer une aplasie partielle tout inférieure, où persiste un fin pertuis mettant en communication le vestibule et un dôme vaginal accédant aux voies génitales hautes.

C - Rares sont les cas où la malformation n'est pas symétrique :

On peut trouver d'un côté une aplasie vaginale avec hémi-utérus atrésique et trompes et ovaires normaux et de l'autre côté :

Soit une aplasie totale du canal de Müller,

Soit un développement normal avec hémi-utérus et hémi-vagin bien constitués.

-:-

CLINIQUE

-:-

A - Les circonstances de découverte

Elles sont variables ; en dehors de l'urgence, il s'agit :

- le plus souvent, d'une jeune fille qui consulte pour aménorrhée primaire, absolue, mais cliniquement muette, ne provoquant aucun trouble fonctionnel ;

- parfois, d'une jeune femme mariée qui consulte pour stérilité ou dyspareunie, ou coïts impossibles, déviés.

En cas d'urgence, on peut être amené à draîner un hématocolpos ou à vider une hématométrie chez une jeune fille aménorrhéique jusque-là. On se trouve là bien entendu devant des malformations où l'atrésie n'a pas porté sur les voies génitales hautes et c'est un endomètre utérin plus ou moins complet ne pouvant pas éliminer sa caduque, qui est à l'origine de l'urgence.

B - L'interrogatoire

On ne trouve chez ces jeunes femmes que des antécédents normaux : aucun parent ou collatéral ne présente de malformation congénitale sexuelle.

A la naissance, il n'y a aucune difficulté à déclarer l'enfant du sexe féminin. Il a d'ailleurs effectué une puberté morphologique parfaite, à l'âge habituel.

On peut apprendre aisément, particulièrement quand elles viennent consulter en vue du mariage, que leur libido est tout à fait normale.

C - A l'examen

L'habitus est parfaitement féminin, avec des caractères sexuels secondaires indiscutablement et harmonieusement féminins. Glandes mammaires, topographie pileuse, répartition cellulo-graisseuse et forme du bassin, tout est féminin.

La jeune fille n'a jamais eu de règles, mais on peut deviner l'existence d'un cycle menstruel en objectivant un syndrome prémenstruel caractéristique, par une courbe thermique bi-phasique traduisant le fonctionnement ovarien normal.

L'examen des organes génitaux externes montre une vulve normale avec grandes et petites lèvres normalement développées, un clitoris en place habituelle.

L'orifice urétral ordinairement antérieur sous- et retro-clitoridien est parfois nettement reporté en arrière, près de l'anus.

Parfois le méat et l'urètre sont dilatés du fait de leur situation de conduit "perméable" antérieur.

L'hymen est présent en totalité ou en partie. Au-dessus de lui, l'exploration est arrêtée par une petite dépression de 1 à 3 cm.

dans laquelle ne s'ouvre, le plus souvent, aucun pertuis supérieur.

Le périnée est habituellement court et peu étoffé. Des cicatrices inguinales de hernies, ou des hernies contenant parfois les ovaires, sont fréquemment signalées.

D - Des investigations para-cliniques

précisent le diagnostic évoqué :

- la coelioscopie montre à quel degré d'atrésie se trouvent l'utérus et les trompes, et le degré de dystrophie des ovaires

- le dosage des stéroïdes urinaires est toujours normal

- on trouve un sexe chromosomique XX normal et un sexe chromatinien en principe normal lui aussi

- une exploration de l'appareil urinaire met souvent en évidence une anomalie de l'arbre urinaire : rein ectopique, pelvien, absence congénitale d'un rein, fréquentes anomalies des uretères.

La cystoscopie peut révéler des anomalies d'implantation vésico-urétérale, des diverticules vésicaux, voire des fistules génito-urinaires.

E - Le diagnostic différentiel

ne se pose en pratique qu'avec le "testicule féminisant", et P. MULLER met bien en évidence les différences essentielles :

- fréquence beaucoup moins grande du T.F.
- très souvent dans le T.F. plusieurs cas dans une même fratrie,

- mais surtout il n'y a évidemment aucun signe de fonctionnement ovarien dans le T.F. et l'on ne retrouve dans l'abdomen aucun élément müllérien

- le vagin d'ailleurs n'est presque jamais totalement absent dans le T.F. et c'est cet élément qui permet de le différencier dès le début.

-:-

OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION n°1

Mademoiselle P... Andrée (Dr.Julien BRETECHE)

Octobre 1953 - Jeune fille de 13 ans vue en urgence pour douleurs abdominales vives, à maximum pelvien gauche,au T.R. masse latéro-utérine du volume d'une orange.

Sur le diagnostic de torsion de kyste ovarien ou d'hydro-salpynx, est opérée le 2 octobre 1953.

On trouve une malformation congénitale, constituée par une corne utérine gauche distendue par hématométrie. Son ouverture montre une large communication avec la cavité utérine, mais cet utérus n'a pas d'orifice cervical. La trompe et l'ovaire gauches sont normaux. Il n'existe pas de trompe droite, l'ovaire droit est appendu à l'extrémité du pédicule utéro-ovarien. Il est pratiqué une hystérectomie avec conservation des deux ovaires. L'examen post-opératoire du vestibule montre l'absence de vagin.

Revue en juin 59, la malade désirant se marier, une plastie à anse sigmoïdienne est décidée. Intervention le 3 août 59 :

- Transplantation d'anse sigmoïdienne - très bonne vascularisation de l'anse transplantée -

anastomose colo-sigmoïdienne en termino-terminale.

Suites immédiates très simples.

A la fin du mois d'août, le traitement est complété par des séances de dilatation diathermique avec électrode rectale.

La malade se marie le 24 octobre 1959. Elle est vue le 29 :

- les rapports sont douloureux, cependant le T.V. est pratiquable avec deux doigts sans aucune douleur et le néo-vagin admet un speculum d'adulte
- beau raccordement muco-cutané.

Suites éloignées

Le 20 mars 1962, la malade présente un néo-vagin de diamètre et de profondeur (8 à 9 cm) normaux avec bons releveurs. Aspect lisse et régulier de la muqueuse, le tout est très souple.

Après le mariage, il y a eu 3 semaines difficiles d'adaptation, et actuellement les coïts sont tout à fait normaux. Quelques pertes dues aux sécrétions de la muqueuse sont notées.

Histologie : mars 1962 (Prof.J.P. KERNEIS):

"Je ne vois partout dans ce vagin néo-formé qu'une structure intestinale lieberkunnienne, sans métaplasie, sans remaniement, sans transformation histologique".

En 1963, revient consulter pour des douleurs iliaques droites, remontant déjà à quelques mois. L'examen révèle l'existence imprécise et mal limitée entre le doigt vaginal et la main

abdominale, d'une masse fixée et douloureuse.

L'intervention montre la présence dans la F.I.D. d'un faux kyste à contenu liquidien clair dans lequel baigne l'ovaire droit d'aspect normal et dont les parois sont faites du péritoine pariétal du caecum, du grêle et de son méso. Un prélèvement et l'examen histologique d'un fragment de la poche confirme cette nature péritonéale. Il s'agit donc d'un enkystement, d'une péritonite plastique, de nature indéterminée.

OBSERVATION n°2

Mademoiselle M... (Dr. Pierre BRETECHE)

20 novembre 1961 - Jeune fille de 20 ans

A consulté à l'âge de 13 ans pour aménorrhée primaire.

Le diagnostic de malformation a été porté à cette époque. Elle revient consulter ce jour, car elle désire se marier.

L'interrogatoire révèle un psychisme éveillé avec libido normale.

- Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.
- S'est développée morphologiquement vers l'âge de 14 ans.
- Présente quelques douleurs abdominales intermittentes, mais non périodiques, qui ne font pas retenir la notion de troubles fonctionnels subjectifs mentruels.

L'examen révèle un habitus très féminin.
- Hanches féminines,
- Seins normaux,
- Pilosité féminine,
- Grandes lèvres normales, clitoris également.
- L'orifice urétral est bas, postérieur, corollé.

Le vagin est totalement absent et remplacé à hauteur de l'hymen par une petite dépression cupuliforme admettant le bout de l'index. Aucun pertuis ne s'ouvre dans cette dépression.

Le T.R. ne perçoit ni utérus, ni ovaire.

La région inguinale gauche montre une cicatrice que la malade dit être celle d'une cure de hernie faite antérieurement et dont le compte rendu n'a pu être retrouvé. On y aurait trouvé une "glande" baptisée ovaire et refoulée.

Lavement baryté : longue anse sigmoïde.
U.I.V. normale

En conclusion, absence congénitale de vagin et vraisemblablement d'utérus, avec fonction ovarienne sans doute normale.

La courbe thermique et les dosages hormonaux le confirment d'ailleurs.

Une transplantation d'anse sigmoïdienne est décidée, et l'intervention a lieu le 4 avril 1962.

Intervention :

1°- Clivage intervésico-rectal au doigt. Progression facile poussée assez largement de chaque côté en entamant un peu les muscles périnéaux superficiels.

2°- Incision de Pfannenstiel. L'anse sigmoïde est longue. On choisit la portion irriguée par la sigmoïdienne moyenne. Le méso est isolé jusqu'à l'origine des gros vaisseaux conservés. Suture sigmoïdienne en un plan. On fore le douglas derrière un petit utérus atrophique sous-péritonéal. Pas de trompes, sinon une ébauche à gauche. Les deux ovaires

sont de volume et d'aspect normaux. Le bout distal de l'anse sigmoïde est descendu à la vulve, sans traction . Le méso est pédiculisé au maximum. Fermeture du bout proximal au catgut. Après essai de péritonisation, on se contente de recouvrir le douglas, le sommet de l'anse et son méso, avec l'anse restante.

3°- Suture sigmoïdo-vulvaire (fond de la cupule). Une dizaine de points. La cavité néoformée admet facilement deux doigts sur trois phalanges.

Suites immédiates : très simples. Cicatrisation rapide du greffon sur la vulve, sans suintement, ni infection.

Au départ, (le quinzième jour) raccordement sigmoïdo-vulvaire parfait, non rétractile.

Décembre 1962

Pour des raisons professionnelles, la patiente a dû reculer la date de son mariage.

Il est alors remarquable de trouver à l'examen, neuf mois après l'intervention, un néovagin parfaitement constitué de 9 à 10 cm de profondeur, très souple, admettant très facilement un speculum courant. Le passage de deux doigts est un peu douloureux au niveau des releveurs. On note très peu de sécrétions de la muqueuse qui a la couleur rouge vif d'une muqueuse intestinale.

Février 1964

La malade est mariée et semble satisfaite. Elle ne se plaint que de quelques sécrétions après les rapports.

-:-

TRAITEMENT

-:-

I - La kinésithérapie - méthode de FRANK-AMUSSAT

C'est l'enfoncement dynamique, mécanique du périnée. A cette méthode, AMUSSAT doit le premier succès thérapeutique. S'y rattachent les noms de FRANK, HOLMES, WILLIAMS, MM ROBERT et MUSSET en ont rapporté quelques cas.

Il s'agit, par manipulations digitales et instrumentales, (MUSSET recommande plutôt l'organe mâle), de déprimer la cupule sous hyménéale. Il est possible d'atteindre et de dépasser les releveurs, la membrane vulvaire acquérant une élasticité suffisante pour s'enfoncer à travers le tissu celluleux lâche intervésico-rectal à la profondeur nécessaire à des coïts satisfaisants.

Cette méthode ne peut s'adresser qu'à un nombre limité de cas, requérir des conditions physiques (une cupule déjà amorcée), et psychiques particulières.

De toute façon, en cas d'échec, toute autre thérapeutique pourra être proposée, à laquelle ces manipulations auront été d'ailleurs une excellente préparation.

II - Le clivage intervésico-rectal - méthode de DUPUYTREN

C'est un geste chirurgical aisé et bénin.

COUNSELLER, qui l'a prôné, a fait des adeptes, Monsieur AMELINE en a donné une bonne description technique.

La femme, est en position gynécologique, une sonde est introduite dans l'urètre. On pratique une incision transversale, concave en haut, et l'on commence le décollement. Ce décollement est poussé jusqu'à la graisse sous-péritonéale et le douglas, dont l'aspect blanchâtre est caractéristique. Latéralement, on doit raser les releveurs. A cette hauteur, une artériole doit souvent être liée. Il est parfois nécessaire, lorsque la musculature périnéo-vulvaire est trop tonique, trop importante, de pratiquer une petite incision transversale de chaque côté, que l'on suturera longitudinalement. Le décollement doit être suffisant pour laisser le passage au gros speculum. Une longue mèche est ensuite passée dans le décollement, imprégnée de sulfamides et d'antibiotiques. Au 4e jour, sous anesthésie générale, est faite l'ablation du pansement. Après lavage, une nouvelle mèche est réintroduite. Au 8e jour, le pansement est à nouveau refait. Au 10e jour, enfin, un moule en matière plastique perforé de trous est mis en place. Tous les deux jours, ce moule est enlevé, lavé et replacé, après imprégnation par des pommades vitaminiques. Les premiers rapports peuvent avoir lieu vers le 3e mois.

Le pansement peut être avantageusement remplacé par une éponge d'alcool polyvinilique, qui permet l'imbibition par les antibiotiques et qui peut rester plus longtemps et même remplacer ultérieurement le mandrin. Quoi qu'il en soit, ce mandrin devra être porté régulièrement, car il s'agit d'entretenir une plaie dont la cicatrisation signifie rétrécissement, comblement. 48 heures ou même 24 heures sans

mandrin suffisent pour compromettre la longueur et l'ampleur du décollement. En effet, c'est du tissu conjonctif à nu qui limite cette cavité. Il y a bien une prolifération de l'epithelium vulvo-vaginal qui tend à recouvrir ce conjonctif de bas en haut. Mais, il ne parvient jamais à un développement suffisant pour atteindre le dôme du néo-vagin, l'indispensable mandrin le blesse en permanence, entre autre à hauteur des releveurs.

Il est cependant à noter que ce néo-vagin n'est pas douloureux, et que le suintement du conjonctif à nu n'est souvent que peu prononcé et non purulent.

Notons encore que la muqueuse de recouvrement est bien de type vaginal, comme en témoigne sa teneur en glycogène et son histologie.

Le résultat est donc rigoureusement fonction de l'asservissement au mandrin. Tous les auteurs insistent sur ce point. La femme doit porter ce mandrin presque en permanence, l'enlevant simplement pour uriner.

On imagine les conséquences d'une scène conjugale ...

III.- Les greffes

C'est contre ces inconvénients qu'elles ont été tentées.

A - Les greffes libres d'Amnios, de sac herniaire, n'ont jamais abouti ; le greffon se nécrose rapidement.

De même les tentatives de glissement péritonéal (abaissement du douglas, du ligament lar-

ge) sont restées sans succès : le péritoine lui aussi se nécrose.

Le seul mérite de ces greffons, c'est de permettre à leur abri, la prolifération épithéliale vaginale.

B - Les greffes libres de peau

Pendant longtemps, leur action n'a guère été que passagèrement protectrice, elles s'éliminaient ne faisant que favoriser là encore la prolifération muqueuse centripète.

Certains avaient cru voir, à la lumière des biopsies pratiquées une métaplasie de l'épiderme en epithelium vaginal ; il semble bien qu'une telle métaplasie ne se produise pas, que c'est du tissu prolifératif qui était prélevé, après élimination de l'épiderme greffé. La meilleure preuve en est sans doute donnée par les greffes de peau réussies. Là demeure le caractère histologique cutané.

Car, les améliorations techniques sont parvenues à assurer la prise des greffons : amélioration portant sur le mode de prélèvement, la taille architecturale du transplant et surtout son montage dans le décollement.

Nous pouvons proposer ici la technique du Professeur GOUIN : taille à la face postérieure de la cuisse (la malade étant en position gynécologique) d'un large et long lambeau qui sera replié sur lui-même, la couture bilatérale assurant la confection d'un cylindre fermé. Son introduction dans l'espace décollé peut se faire aisément en l'enfilant sur un anuscope et par la lumière de cet anuscope, seront tassées simplement des mèches bourrées d'antibiotiques. Ce sont donc ces mèches qui assurent l'application des greffes sur les parois avec

cet avantage sur le mandrin d'être souples et non traumatisantes, c'est là un point capital.

A signaler en outre que la partie inférieure du cylindre est fermée et solidarisée aux petites lèvres. Au 10e jour, on pratique l'ouverture du diaphragme inférieur et l'ablation des mèches. La cicatrisation est faite.

Il semble que de tels greffons apportent une amélioration sensible à condition de "prendre".

Cependant, le tuteur semble là encore utile, du fait de la tendance à la rétraction du conjonctif périsacculaire.

Par ailleurs, le revêtement est épidermique, kératinisé et si sa nouvelle situation lui fait perdre son aspect cutané, sa structure, elle le demeure et aucune sécrétion glandulaire ne lui apporte la lubréfication utile, sinon nécessaire.

Signalons ici l'opinion de SHIRODKAR (Bombay). Pour lui, le clivage a tout intérêt à être non pas médian, strictement intervésico-rectal, mais latéral. Il prétend trouver là un tissu plus favorable, non seulement au décollement, mais encore à la prise du greffon. Il explique par l'embryologie cette meilleure qualité, cette moindre rétractilité du tissu latéral : si les canaux de Müller n'ont pu réussir leur fusion médiane, c'est que cet espace médian est impropre à l'ouverture.

C - Les greffes pédiculées

Ici, la technique est beaucoup plus complexe. Il s'agit de transplanter dans l'espace décollé, de la peau épaisse et vivante. La région donneuse doit être proche : grande lèvre, cuisse.

La transplantation nécessitera plusieurs temps opératoires. Cette intervention comporte de gros risques esthétiques : l'infection ou la cicatrisation vicieuse de la région donneuse laissera des traces, voire des rétractions. Il y a en outre des risques d'échec : la nécrose du greffon, sa cicatrisation rétractile, sa sclérose. Le résultat n'est donc pas toujours de qualité évidente : la cavité créée, sèche, inextensible, parfois pileuse, n'assure pas sa fonction dans le confort ...

C'est donc une technique longue, non sûre dans les résultats et pratiquement abandonnée.

IV - Les plasties intestinales

A - Les premières en date, les plus utilisées, ont été les plasties du grêle. BALDWIN, MORY en sont les promoteurs.

BALDWIN (1904) abaissait au périnée la convexité d'une anse grêle isolée, l'un des deux culs-de-sac servant de vagin.

MORY abaisse une extrémité de l'anse isolée.

Cette technique présente des risques : sphacèle de l'anse, occlusion, péritonite, de gravité souvent vitale, et les statistiques sont peu encourageantes : 17 p.cent de morts (RIVIERE, 1924).

Les conditions de réussite sont d'abord et avant tout la possibilité d'abaissement sans traction, en conservant une vascularisation suffisante, de l'anse.

Il est des mésentères longs qui permettent la suture périnéale sans difficultés: c'est rare.

Des artifices sont le plus souvent nécessaires pour y parvenir : ligature de piliers artériels, dont on testera préalablement l'inocuité par clampage. En fait, la meilleure méthode semble être le retournement d'une anse, choisie en aval de la terminaison de l'artère mésentérique. On peut alors sectionner, sans compromettre la vitalité de l'anse, plusieurs piliers artériels, et l'abaissement après retournement est probablement toujours possible.

Un deuxième risque d'échec semble être le passage à travers la brèche péritonéale. Il faut bien entendu une ouverture suffisante n'exposant pas à l'étranglement du méso : ceci, un tel étranglement, expliquerait certaines nécroses basses.

Dernier point de technique : une péritonisation soigneuse, afin d'éviter l'occlusion, et de limiter les dangers d'un éventuel sphacèle. De nombreux procédés ont été proposés : extrapéritonisation postérieure de l'anse, cloisonnement colo-vésical et passage de l'anse à travers le méso-sigmoïde, etc...

A l'heure actuelle, une technique correcte et soigneuse devrait éviter la majorité des accidents observés.

Mais les résultats restent aléatoires : insuffisance de calibre par sclérose péri-intestinale, rétrécissement de la jonction cutanéo-muqueuse, au niveau des releveurs.

Mais le principal écueil, c'est la sécrétion: sécrétion parfois abondante, caustique, irritante pour la peau, obligeant à la garniture.

B - La plastie rectale proposée par SCHUBERT, adoptée par COTTE, SANTY, POLLOSSON.

C'est une intervention bien différente.

La technique est la suivante :

- D'abord, un clivage recto-vésical découvrant la face antérieure du rectum, au niveau et au-dessus des releveurs.

- Puis, une dissection de la muqueuse anale incisée circulairement, un peu en deçà de la jonction cutanéo-muqueuse, libérée du sphincter, poursuivie jusqu'au releveur.

On effondre alors la cloison antérieure, séparant la face antérieure du cylindre muqueux du décollement recto-vésical, et ce cylindre est attiré dans le décollement jusqu'à la vulve à laquelle on le solidarise.

- A ce moment, la malade est changée de position, mise en decubitus latéral droit, genoux pliés, et l'on pratique une incision dans le pli inter-fessier en arrière de l'anus. Après ablation du coccyx, on dissèque la face postérieure de l'ampoule rectale. Le plan de clivage est trouvé par une incision un peu latéralisée. Il est poursuivi de chaque côté jusqu'en avant, vers le haut et vers le bas.

Le rectum est ensuite attiré dans la plaie sacro-coccygienne, sectionné à hauteur convenable. Le futur dôme vaginal est suturé. Le bout supérieur est attiré à travers l'anus et fixé aux rebords cutanés de l'anus.

C'est une technique minutieuse et complexe. SCHUBERT indique 3,7 p.cent de mortalité (1936), ce qui à cette époque est notablement supérieur aux statistiques de BALDWIN.

Cette technique aboutit certainement à un résultat satisfaisant. Le rectum n'est pas sécrétant, la cavité créée est ample et souple.

Mais c'est une chirurgie difficile, dans une région d'abord malaisé , qui menace le sphincter, et dont la réalisation imparfaite expose à deux dangers majeurs : l'incontinence, non forcément par agression sphinctérienne, mais par insuffisance de conservation de la muqueuse anale, dont les 4 derniers centimètres semblent être nécessaires à la perfection du réflexe de la continence. L'autre danger, c'est la fistule recto-vaginale, dont la cure est difficile et qui constitue bien entendu l'échec par excellence.

Il semble que COTTE et SANTY aient évité ces échecs, puisque sur 12 cas, ils ne rapportent qu'une fistule recto-vaginale, et aucune incontinence complète. Quoi qu'il en soit, la complexité de la technique n'invite pas à la suivre.

C - La plastie sigmoïde

S'y rattachent les noms de RUGE, BOLD, GATES ALBREGHT. Elle est utilisée en Allemagne et dans les pays de l'Est.

La technique comporte, après le décollement périnéal jusqu'au douglas, une laparotomie qui peut se faire esthétiquement à la Pfannenstiel. On appréciera alors la longueur de l'anse sigmoïde, de son méso. Le même problème d'abaissement se pose ici que pour le grêle, mais c'est la zone d'intestin libre la plus proche du périnée. Le bout distal de l'anse isolée est habituellement abaissable ; avec section éventuelle d'un pédicule vertical si l'arcade bordante est suffisante (épreuve du clampage).

Sinon, le retournement pourra dans tous les cas, assurer l'abaissement du bout proximal. La sigmoïdienne inférieure est ici conservée les pédicules supérieurs peuvent être plus fa-

cilement sectionnés, et le problème de longueur n'existe plus.

La péritonisation ici ne pose plus de problème et diminue fortement les risques d'occlusion.

Les résultats sont, à la lecture des statistiques étrangères, fort satisfaisants : en 1939, BOHDAN HEJDUK a un décès sur 25 cas ; en 1955, SCHMUD (Rostok) 20 bons résultats sur 20 cas. Deux ont présenté des complications, une occlusion post-opératoire et un abcès qui ont guéri après intervention.

Le transplant est d'un bon calibre, sa muqueuse n'est guère sécrétante, et son utilisation est fort satisfaisante. C'est la technique que nous avons utilisée dans nos deux cas et nous reviendrons sur sa défense.

-:-

LES INDICATIONS

-:-

Deux problèmes se posent à propos des absences congénitales de vagin :

1°- celui de la légitimité du traitement,
2°- celui de la technique.

I - La légitimité du traitement

Elle a été mise en doute, parfois, pour des raisons morales ou religieuses. "La création d'un fourreau à pénis pour un coït postiche" (FORGUE), d'un "vagin postiche ... pour rester une dispensatrice d'illusions" (OMBREDANNE) - dans un but en somme où la reproduction de l'espèce est de toute façon exclue - ne parait pas, pour certains, justifiée.

Sur le plan de la morale, les Pères de l'Eglise, eux-mêmes, admettent que l'amour conjugal a deux buts : à côté de la reproduction de l'espèce, il y a la satisfaction de l'instinct amoureux. A côté du but social, il y a l'épanouissement individuel. Si la science le permet, pourquoi refuser à une jeune femme séduisante pour l'homme et elle-même appétente, la possibilité d'exprimer ses sentiments d'amour de l'ultime façon qu'est la jonction des corps ... Par ailleurs, sur le plan légal, comme sur le plan moral et religieux, une union dans ces conditions est parfaitement valable, dans la mesure où il n'y a pas tromperie, dans la mesure où elle est contractée en pleine con-

naissance de cause. L'acceptation de l'un par l'autre des époux tels qu'ils sont, constitue le seul élément indispensable à la validité du mariage.

Et chacun insiste sur la nécessité de renseigner l'éventuel conjoint. Disons que c'est à la femme elle-même qu'incombe l'information, le médecin n'intervenant que sur accord, pour cerner de plus près le problème et apporter les précisions nécessaires.

Il semble donc que l'indication opératoire doive être portée en vue du mariage, ce qui implique déjà un projet de la part de la consultante. Il est bien évident qu'en dehors de la nécessité imposée par un hématocolpos, l'intervention ne saurait être pratiquée avant une certaine maturité. L'on se propose de corriger une infirmité, de réparer un défaut anatomique interdisant ou gênant une fonction organique. La fonction organique en question n'a bien sûr pas une importance vitale, mais cette importance est parfois très grande.

C'est bien entendu fonction des individus, et si l'on peut dire, de la nature et de la puissance de l'attraction vers l'homme. Il importe donc au premier chef d'apprécier l'aptitude sentimentale à l'amour avant de s'efforcer d'en assurer l'aptitude organique.

Ceci étant, lorsque le diagnostic est fait chez une adolescente, il n'y a aucun conseil autreà donner que d'attendre (à moins bien sûr d'hématométrie ou d'hématocolpos).

Et à l'âge adulte, c'est au moment où se pose le problème de contacts sexuels, que sera envisagée l'intervention. Mais, c'est à la femme de le poser. A nous de nous assurer

de la nature véritable des intentions.

II - Le choix de la méthode

Il y a, selon notre optique, une hiérarchie des valeurs ; la recherche de la volupté pour la volupté nous apparaît comme une déviation psychologique et la méthode de FRANK, vantée en termes plaisants par MUSSET, qui recommande, plutôt que l'instrument manié par la main du praticien, l'organe viril pressant persévérant de partenaires multipliés en fonction de leur ardeur, n'est le plus souvent guère applicable tout au moins dans ces conditions.

Il nous apparaît cependant certain qu'un mariage est possible et puisse être conseillé en connaissance de cause de la part des futurs époux en l'absence de toute intervention, quand une cupule vaginale profonde et soutendant des tissus souples peut permettre une ébauche de coït. Le plaisir sexuel est d'une motivation tellement complexe que deux époux peuvent se contenter d'une union anatomiquement imparfaite avec l'espoir que, la fonction créant l'organe, une amélioration apparaisse progressivement et c'est après quelque temps que l'inadaptation et l'insatisfaction éventuelles pourra les amener à demander autre chose.

"Cette autre chose", c'est pour nous la plastie sigmoïdienne qui fut proposée d'emblée à nos deux patientes. Toutes deux étaient de psychisme évolué et d'affectivité certaine. Elles étaient en puissance de mari quand elles ont demandé conseil.

L'avantage de la méthode, c'est sa simplicité : simplicité non pas technique sans doute, mais simplicité d'usage. L'intromission entre

vessie et rectum d'un organe vivant avec une muqueuse interne, est œ qui se rapproche le plus du normal. Aucun entretien n'est nécessaire, aucune servitude n'est imposée, la tolérance est parfaite et le coït est réalisable dans les meilleures conditions.

Sécrétant, le sigmoïde ne l'est guère, et nos patientes n'accusent aucune perte. Signalons tout de même que l'une d'elles a eu à certains moments, un écoulement irritant qui était colibacillaire et que de simples injections acides ont réduit rapidement.

Humide, il l'est assez, par contre, et les sécrétions bartholiennes aidant, le glycérolé d'amidon recommandé au début des rapports s'est avéré ensuite inutile.

Ceci représente par rapport aux techniques périnéales des avantages considérables ; pas de ce pal gênant forcément par sa présence et gênant psychologiquement ; pas de cette cavité sèche et à entretenir qu'assurent les greffes réussies.

Seule, la technique de SCHUBERT apporterait la même fonction satisfaisante. Mais nous pensons que notre technique est plus aisée et elle est sans danger sur la fonction sphinctérienne.

Enfin, sa supériorité sur le Baldwin-Mory est évidente, ne serait-ce que par l'absence de sécrétions digestives, et si la chirurgie du côlon a longtemps comporté plus de risques que celle du grêle, il n'en est plus de même aujourd'hui. La suture porte en zone bien vascularisée sur un côlon sain et bien préparé. Chez ce sujet jeune aux mésos maigres et transparents, une bonne appréciation de la distribution vasculaire permet un choix optimum des zones de section.

On a parlé de polypose du transplant sigmoïde et de prolapsus muqueux. En quoi le déplacement d'un segment intestinal qui n'est par ailleurs plus irrité par les feces, peut-il être générateur de polypes ? Et pourquoi un prolapsus surviendrait-il ici, alors qu'aucune pulsion sur quelque bol fécal ne se fait ? Un prolapsus d'ailleurs ne serait gênant que s'il était total. La fixation de l'anse abaissée doit éviter un tel accident.

La "pathologie" du transplant est pratiquement inexistante, et ce n'est pas là un argument contre la méthode.

La seule objection est bien d'ordre chirurgical : chirurgie colique, risque péritonéal.

Nous pouvons dire que les progrès de cette chirurgie ont limité ses risques. Que la chirurgie en comportera toujours, si bénigne soit-elle. Que les méthodes périnéales elles-mêmes ont à leur passif des fistules vésicales ou rectales.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Notre propos est d'attirer l'attention sur les plasties sigmoïdiennes dans la cure des absences congénitales de vagin.

La mode actuelle du clivage, complété ou non par des tentatives de greffes épidermiques, présente le grand avantage de la simplicité et de la bénignité, mais par contre les inconvénients de soins post-opératoires minutieux, et de l'astreinte permanente au port d'un tuteur.

Nous pensons que la chirurgie d'un sigmoïde bien préparé, en observant les impératifs de la chirurgie de l'intestin, n'offre plus guère de risques.

Et l'interposition dans l'espace recto-vésical d'un organe creux et vivant assure une possibilité d'utilisation sans aucune servitude, et délivre de l'obsession du mandrinage.

Il a été dit que le traitement de cette malformation devait être en premier impératif bénin.

Nous pensons qu'entre une méthode bénigne, mais imparfaite et une autre, qui est malgré tout un acte de chirurgie digestive majeur mais assure un résultat parfait, le choix est permis. Il est fonction de l'importance de l'enjeu : cet enjeu, c'est l'avenir psychologique de la femme.

Combien d'impotents acceptent des risques souvent graves pour tenter d'obtenir un mieux-être qu'on est parfois loin de pouvoir leur assurer ....

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : J. HUGUIER

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AGUERO L.
Traitement de l'atrésie vaginale.
Acta ginec. 1956, 7, n°5, 17-25 -
5 fig. (Bibliogr.)

AMELINE
Considérations pratiques sur la création d'un néo-vagin par clivage intervésico-rectal.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. T.13, n°2, 1961.

AMELINE-CORDIER
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. séance 6.2.61 13-113.

AMELINE-HUGUIER
Mém. Act. Chirurgie - 1951, 77, 173.

ANTONOPOULOS D.
Résultats éloignés de 8 cas d'aplasie du vagin opérés par transplantation libre d'un greffon épidermique large. Démonstration de 58 dispositifs colorés.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n°4 bis, 623-625.

ANTONOPOULOS D. et POLYCRATES
Technique opératoire du vagin artificiel par greffe libre cutanée.
Gynec. prat. 1954, 5, n°1, 21-29, 15 fig.

ARIST I.D.
Reconstitution d'un vagin artificiel par la méthode de la greffe des enveloppes placentaires.
Akoucherstvo Guinek (Moscou) 1956, n°4, 68-69.

BARCLAY L.
Vagin artificiel.
Canadian Med.Ass.J., janv.1954, 70, n°1 87-89.

BARROWS D.N.
Résultats de la construction des vagins artificiels. Am. J. Obst. Gyn., mars 1957, 73, n°3, 609-614 (Bibliogr.).

BEILLY J.S. et WRUBEL N.N.
Menstruation, grossesse et accouchement après opération pour aplasie du vagin.
Am. J. Obst. Gyn., fév. 1953, 65, n°2, 413-415 (Bibliogr.).

BERITSCH M.
La formation artificielle d'un vagin avec greffes homéoplastiques de muqueuses vaginales. Zbl. Gyn. 1954, 76, n°16, 614-619.

BHONSALE I.N.
Atrésie congénitale du vagin. Une nouvelle modification de l'opération de Brady-Graves. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., juin 1956, 63, n°3, 404-408, 8 fig.

BLOCKER T.G., Jr., LEWIS S.R. et SYNDER C.C.
Construction plastique du vagin artificiel.
Plast. Reconstr. Surg. mars 1953, 2, n°3, 177-182 (Bibliogr.)

BROWNE A.D.H.
Réflexions sur l'emploi, dans le traitement post-opératoire habituel des cas de plastie vaginale, d'une gelée vaginale acidifiée pour tamponnements.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. déc.55, 62, n°6, 928-931 (Bibliogr.)

BURGER P.
A propos de la création du néo-vagin et rapport d'un cas avec malformation utérine particulière.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5 bis, 351-352.

BURGER P. et HANSSEN A.
Création d'un néo-vagin.
Gyn. Obst. (suppl.) 1954, 6, n°5, 683.

BURGER P. et HANSSEN A.
Création d'un néo-vagin. Rev. Franç.Gyn. Obst. mai-juin 1955, 50, n°5/6, 188-193.

BURGER P. et HANSSEN A.
Création d'un néo-vagin. Strasbourg méd. juillet 1955, 6, n°7, 424-425.

CHAMPEAU et GAUTHE
Néo-vagin par plastie sigmoïdienne. Etude critique - A propos d'une observation. Presse méd. 16, 11, 63, T.71,n°8.

CONWAY H. et STARK R.B.
Construction et reconstruction du vagin. Surg. Gyn. Obst. nov. 1953, 97, n°5, 573-578 (Bibliogr.)

CORDIER et MALINAS
Mém. Ac. Chirurgie - 1951, 77, 149.

CORDIER G. et MALINAS M.
Quelques réflexions à propos de l'aplasie du vagin. Ouest Méd. 3e année, n°23, 25 nov. 50.

CORDIER G. et THOYER-ROZAT J.
Traitement chirurgical de l'absence congénitale du vagin.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5 bis, 334-336.

COTTE et SANTY
Lyon chirurgical 1948, 143-257.

COUNSELLER V.S. et FLOR F.S.
L'absence congénitale du vagin. Nouveaux résultats du traitement et technique nouvelle.
Surg. Clin. North Amer. août 1957, 1107-1118, 6 tabl. 7 fig. (Bibliogr.)

COURTY L. et GAUDEFROY M.
Un cas d'absence partielle du vagin (moitié inférieure) et son traitement par l'abaissement au périnée de la moitié supérieure.
C.R. Soc. franç. Gyn. déc. 1956, 26, n°8, 492-496 (Bibliogr.)

COURTY L. et GAUDEFROY M.
Soc. franç. Gyn. 19 déc. 1960 - Grossesse et enfant vivant après opération pour absence de vagin.

DIKHINO A.M. et STAS Z.N.
A propos de la création d'un vagin artificiel.
Akoucherstvo Guinek.1954; n°1, 60-61.

DUCHET, AUPINEL R. et NARDI P.
Absence congénitale du vagin et création d'une cavité vaginale.
Arch. Hosp. av.1954, 26, n°4, 121-124 (Bibliogr.)

FERNANDEZ J.C. et CORREA-ITURRASPE M.
Agénésie vaginale. Traitement par greffe cutanée.
Prensa méd. argent. 28 déc. 1956; 43, n°52, 3832-3839.

GAUTIER P., LAGACHE G. et DELANNOY E.
Valeur des greffes cutanées immédiates dans les colpoplasties pour absence congénitale du vagin.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5 bis, 333-334.

GLIMM G.
Utérus pseudo-unicorne rudimentaire et solide, aplasie du vagin et plastie vaginale. Zbl. Gyn. 3 nov. 1956, 78 n°44, 1765-1768, 5 fig. (Bibliogr.)

GRANJON A.
Malformations congénitales du vagin.
Encyc. méd. Chir. Gynec. 120-A10, 9-1952.

GROSDIDIER J. et ROUSSEAUX G.
Création d'un néo-vagin par plastie sigmoïdienne.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. nov.déc.1958, 10, n°5, 553-555 (Bibliogr.)

GUIGUOVSKY E.E.
La méthode du manchon dans la formation du vagin avec l'anse sigmoïde.
Akoucherstvo Guinek. 1955, n°5, 48-51.

HALTER G.
Formation d'un vagin artificiel dans le cas d'existence des organes génitaux internes.
Wien.klin. Wschr. 3 septembre 1954, 66, n°35/36, 668-669 (Bibliogr.)

HANSSEN A., QUEVRIN P. et MILFORT J.
Complications dans un néo-vagin par greffe cutanée.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. août-sept. 1956, 8, n°4, 532.

HANSSEN A., QUEVRIN P. et MILFORT J.
Complications dans un néo-vagin par greffe cutanée. Rev. franç. Gyn. Obst. nov-déc.1956 51, n°11/12, 404.

HOLMES J.M.
L'hexétidine dans les opérations de réparation vaginale.
Practitioner, juin 1959, 182, n°1092, 737-739 (Bibliogr.)

JONES E.G.
Traumatismes des muscles pubo-coccygiens. 1. Traumatismes permanents compliquant la chirurgie plastique vaginale.
Surg. Gyn. Obst. fév.1955, 100, n°2, 191-195, 5 fig.

KAZANCIGIL T.R.
Traitement chirurgical de l'aplasie vaginale par l'hystéro-vestibulostomie.
Gyn. Obst. août-oct. 1956, 55, n°4, 404-414, 3 fig.

KELLER R.
Traitement chirurgical de l'absence congénitale du vagin. (intervention faite uniquement par voie périnéale).
Livre jubilaire à Amédée Laffont. Encyclopédie médico-chirurgicale 1952, 153-157 (Bibliogr.)

KESE G.
Modelage et utilisation de la prothèse vaginale en superacryl.
Zbl. Gyn. 9 mai 1959, 81, n°19,755-758.

KRAUSE H.J.
Contribution à la formation d'un vagin artificiel à l'aide du sigmoïde.
Chirurg. mars 1959, 30, n°3, 119-123 (Bibliogr.)

LAFFONT A., BONAFOS M. et Le CANNELIER R.
Progrès réalisés dans la technique des greffes pour agénésie vaginale.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5bis 359-362.

LETAC R., CONTE S. et ALMEIDA J. (d')
Un cas d'opération de Baldwin-Mory pour absence congénitale de vagin. Technique permettant de diminuer les risques.
Bull. Soc. Path. exot. nov.déc. 1957, 50, n°6, 976.

LETAC R., CONTE S. et d'ALMEIDA J.
Un cas d'opération de Baldwin-Mori pour absence congénitale du vagin. Technique permettant de diminuer les risques.
Bull. méd. A.O.F. janv.mars 1958, 3, n°1, 62-63.

LOUP E.S.
Absence congénitale du vagin.
J. intern. Coll. Surgeons, nov. 1957, 28, n°5, 598-605 (Bibliogr.)(résumé français).

LOUROS N.
Une modification importante du procédé périnéal dans la construction du vagin artificiel.
Arch. f. Gyn. 1953, 183, 171-174 (en allemand).

LOUROS N.C.
La dissection des releveurs de l'anus dans la création d'un vagin artificiel

sans greffe périnéale.
Bull. Féd. Spc. Gyn. Obst. 1957, 7, n°5 bis, 675-679.

LUCCIONI F. et PIERRE
Création d'un néo-vagin par greffes cutanées libres au moule.
Lyon chir., mai-juin 1954, 49, n°4, 493-495.

LUCOTTE H.
Un traitement simple de l'absence congénitale du vagin.
Maroc méd. mai 1957, 36, n°384-482.

MAGENDIE J., REGNIER R. et MAGIMEL J.
Colpoplastie par greffes cutanées épidermiques sur mandrin.
Rev. franç. Gyn. Obst. juil-août 1957, n°7-8, 298.

MALCOVATI P.
Sur le traitement chirurgical de l'aplasie du vagin.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5 bis, 354-356 (Bibl.)

MALINAS Y.,
L'absence congénitale du vagin.
Thèse Paris 1951.

MOCQUOT P. et LONGUET Y.J.
in : Traité de technique chirurg.(Masson).

MUDRIC et SUCIN (Bucarest)
Technique de la colpoplastie avec le sigmoïde dans le traitement de l'aplasie congénitale vaginale.
Presse médicale 1962, 70; n°9, 449.

MÜLLER P.
Atrésie vaginale avec cornes utérines rudimentaires non caniculées : syndrome de Rokitansky-Küster.
E.M.C. Gynéc. 1963.

MUSSET R. et HERVET E.
Traitement non chirurgical de l'absence congénitale du vagin.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5 bis, 352-354.

MUSSET R. et HERVET E.
3 observations de guérison fonctionnelle non chirurgicale d'absence congénitale de vagin.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1961, T.13, n°2.

NARIK G. et ROSCHITZ R.
Le vagin artificiel et sa biologie.
Zschr. Gebh. Gyn. 1954, 142, n°2, 167-176 (Bibliogr.).

PATTERSON T.J.S. et RHODES P.
Traitement de la sténose du vagin par un lambeau prélevé sur la cuisse.
J. obst. Gyn. Brit. Emp. juin 1958, 65, n°3, 481-482.

PHILIPP
Aplasie du vagin et son traitement.
Aerztl. Wschr. 4 juil. 1952, 7, n°27, 620.

PHILIPPE P.
Etude critique du traitement des vagins artificiels par les greffes et les moules.
Thèse Lyon, 10 déc. 1954, n°47, 65 pages.

PIERCE G.W., KLABUNDE E.H., O'CONNOR G.B. et LONG A.H.
Modifications dues au milieu, du lambeau cutané utilisé pour la reconstruction du vagin.
Am. J. Surg. juil.1956, 92, n°1, 4-8- 7 fig. (Bibliogr.).

POLLOSSON E.
La place des greffes et des moules dans le traitement des absences congénitales du vagin.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5 bis, 356-359.

PRIBRSKY J.
Contribution à la technique opératoire de la reconstruction du vagin.
Zbl. Gyn. 28 juil.1956, 78, n°30, 1183-1189, 7 fig. (Bibliogr.).

REICH W.J., NECHTON M.J., SILVERMAN H.E., KURZON A., REICH J.B. et RUBENSTEIN M.W.
Le vagin artificiel.
Arch. Surg. fév.1953, 66, n°2, 129-136, 6 fig.

ROBERT H.
Absence congénitale du vagin sans traitement chirurgical.
Sem. Hôp. 18 oct.1950, 3032-3039.

ROBERT H.
Traitement chirurgical par la voie abdominale des grandes aplasies vaginales.
Gyn. Obst. (suppl.);1955, 7, n°2 bis, 71-87 (Bibliogr.).

ROBERT H.
Avenir des epithelium transplantés dans la chirurgie de l'absence congénitale du vagin.
Gyn.Obst. 1961, 60, n°3, 249-258.

ROBERT H.
La place de la méthode de FRANK (non opératoire) dans le traitement de l'absence congénitale du vagin. Relation de 6 cas.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1962, T.13, n°2.

ROBERT H.
Traité de thérapeutique chirurgicale.
T.III, Gynécologie.

ROSSOCHANSKY A.A.
Les bases anatomiques de l'opération plastique du vagin au moyen de sigmoïde.
Akoucherstvo i guinekologuiia 1958, n°5, 93-98, 12 fig. (Bibliogr.).

RUSSEL C.S. et HYNES W.
L'élargissement du vagin, par opération plastique, au moyen de lambeaux cutanés.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. déc.1957, 64 n°6, 929-930, 6 fig.

SARMENTO MARTINS S.J.
Absence congénitale du vagin. Traitement chirurgical.
Rev. Gyn. Obst. août 1955, 49-2, n°2, 445-454 (Bibliogr.).

SCHMID H.H.
Formation d'un vagin artificiel à l'aide de l'anse sigmoïdienne.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n°5 bis, 400-401.

SCHMIDT-MATTHIESEN H.
L'utilisation de l'hyaluronidase dans l'opération de l'aplasie vaginale.
Zbl. Gyn. 1956, 78, n°11, 416-418.

SERAFINO X. et SERAFINO (Mme)
L'utilisation du côlon sigmoïde dans les plasties pour absence congénitale du vagin.
Rev. franç. Gyn. Obst. nov.déc. 1952, 47, n°11-12, 407-410, 1 fig.

SHANN H.
Plastie vaginale basée sur une nouvelle conception de l'anatomie de l'appareil génital féminin. I. Introduction.
Am. J. Surg. mai 1957, 93, n°5, 848-850.

SHOEMAKER W.C., BLATT M.A., POHL C.E. et CROTZINGER P.J.
Reconstruction du vagin chez la Chienne par des greffes séromusculaires inversées.
Am. J. Obst. Gyn. déc. 1958, 76, n°6, 1194-1200, (Bibliogr.).

SICARD A. et BARDOU G.
Création d'un vagin artificiel par simple épithélisation sur moule.
Presse méd. nov. 1954, 62, n°78, 1625-1627, 7 fig.

SICARD A. et BARDOU G.
La réfection d'un vagin doit rester une opération simple et bénigne.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1961,t.13,n°2.

SKAMNAKIS N.
Aplasie du vagin, néoformation du vagin avec maintien du résultat.
Zbl. Gyn. 1955, 77, n°22, 864-865 (Bibliogr.).

STEKOLNIKOVA A.D.
Deux méthodes pour la construction d'un vagin artificiel.
Akoucherstvo Guinek. (Moscou), 1959, n°2, 89-91.

SWYNGHEDAUW P. et DELECOUR M.
Le traitement de l'absence congénitale de vagin par la méthode de Dupuytren, avec greffes secondaires.
Gyn. Obst. 1952, 4, n°5, 894-897.

SWYNGHEDAUW P. et DELECOUR M.
Le traitement de l'absence congénitale de vagin par la méthode de Dupuytren, avec greffes secondaires.
Bruxelles méd. 1er nov. 1953, 33, n°44 2228-2231.

TCHARKVIANI I.I.
Reconstitution d'un vagin artificiel par la greffe de la peau des cuisses.
Akoucherstvo Guinek. (Moscou), 1956, n°4, 67.

TEREK
Construction d'un vagin artificiel avec de l'amnios (2 cas).
Zbl. Gyn. 1955, 77; n°13, 588-591 (Bibliogr.).

WINTER C.F. et STRAUBE I.
Recherches histologiques ultérieures sur les vagins artificiels coliques.
Zschr. Gebh. Gyn. 1954, 142, n°2, 160-167, 5 fig. (Bibliogr.).

THOMPSON J.D., WHARTON L.R. et TELINDE R.W.
L'absence congénitale de vagin.
Am. J. Obst. Gyn. août 1957, 74, n°3, 397-404 (Bibliogr.).

SHIRODSKAR M.V.N. (Bombay)
Rapport sur la technique du vagin artificiel ou vaginoplastie, in : Comptes rendus Soc. Franç.,Gyn., 22e année n°3 Paris, p.154.

THOYER-ROZAT et VILAIN R.
Nouvelle technique de création d'un néo-vagin
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1961, T. 13, n° 2

TSIRIOULNIKOV M.S.
Reconstitution d'un vagin articificiel par la greffe des enveloppes placentaires
Akoucherstvo Guinek (Moscou) 1956, n° 4 69-71

VANDEKERCKOVE D.
Création d'un néo-vagin selon la méthode de Bhonsale combinée avec un traitement oestrogénique
Bruxelles méd. 27 octobre 1957, N° 42, 1574-1579, 2 fig.

VERNA F.
Création d'un néo-vagin par la méthode de Bhonsale
Clin.obst. Gyn. août 1958, 60, n° 4, 202-214, 10 fig. (biblio.) résumé français

WHITTLESEY R.H., ATIK M. et JONES J.C.
L'atrésie du vagin chez le nourrisson
Pediatrics, août 1956, n° 2, 260-266, 5 fig. (biblio.)

WILLIAMS B.
Formation d'un vagin artificiel par la méthode de Frank
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. av. 1957, 64, N° 2, 241-242 (biblio.)

YASUSHI NAKAYAMA
Opération en vue de la création d'un vagin artificiel (méthode de Nakayama)
Keio J. Med., Déc. 1956, 5, n° 4, 215-236, 28 fig.

YENEN E.
Traitement chirurgical dans les atrésies et les aplasies du vagin
Zbl. Gyn. 19 octobre 1957, 79, n° 42, 1641-1647, 7 fig. (biblio.)

ZAMIATINA Z.I.
Formation d'un vagin artificiel par la technique de l'autogreffe libre.
Akoucherstvo Guinek. 1955, n°5, 52-54.

-:-

TABLE DES MATIERES

-:-

Pages

- Introduction 21
- Rappel de l'embryologie du vagin 24
- Anatomie pathologique 28
- Clinique 30
- Observations 34
- Traitements, leurs avantages, leurs inconvénients 39
- Les indications 49
- Conclusions 54
- Bibliographie 56

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-